

Titel: Nutritionspolicy	Dokumenttyp Riktlinjer
Godkänt av: /	Godkänt den: 2010-01-28
Skapat av: Karin Blom Malmberg	Skapat den: 2010-01-28
Under kategori: Vård,	
Reviderat av:	Reviderat den:

Nutritionspolicy – Riktlinjer för nutritionsbehandling på Akademiska sjukhuset

Innehållsförteckning

Akademiska sjukhusets nutritions mål
Nutritionsvårdsprocessen – en del i vårdkedjan
Undernäring
Övervikt och fetma
Nutritionsbehandling till barn
Dokumentation
Kvalitetsindikatorer för nutrition
Målsättning och åtgärdsplan
Akademiska sjukhusets organisation för nutritionsbehandling
Ansvarsfördelning
Beställning av arbetsmaterial
Länkar
Referenser

Akademiska sjukhusets nutritions mål

Ett bra näringstillstånd är en förutsättning för hälsa och välbefinnande. En rätt sammansatt kost ska tillgodose människors energi- och näringsbehov för att minska risken för malnutrition och kostrelaterade sjukdomar. Malnutrition är ett tillstånd som uppkommer av ett för litet, för stort eller obalanserat intag av energi, protein eller andra näringsämnen och som leder till mätbara ogynnsamma effekter på vävnader, organ, kroppsbyggnad, kroppsfunktioner och kliniska behandlingsresultat (1). Nutrition ska betraktas som en del i den medicinska behandlingen och underkastas samma krav på utredning, diagnos, behandlingsplanering, dokumentation och uppföljning (2).

Genom rutinmässig bedömning av nutritionsstatus kan patienter med nutritionell risk identifieras och nutritionsproblem tidigt åtgärdas (3). Fasta rutiner, teamarbete och definierade ansvarsområden för läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, dietister, köks- och annan personal, är förutsättningar för en optimalt fungerande nutritionsvård. Informations- och undervisningsmaterial samt råd om nutrition som lämnas ut till patienten ska vara framtagna av personal med nutritionskompetens och vara evidensbaserad.

Riktlinjerna är inte tillämpliga på alla sjukhusets verksamheter t ex inom terminal vård eller viss öppenvårdsverksamhet.

Nutritionsvårdsprocessen – en del i vårdkedjan

Nutritionsvårdsprocessens olika steg ska integreras i vårdkedjan:

- Bedömning av näringstillståndet, dvs. beräkning och värdering av body mass index (BMI, kg/m²), viktförändring och nutritionproblem, ska göras inom 1-2 dygn efter inskrivning eller regelbundet vid polikliniska besök. Vikt, längd, BMI och viktförändring ska vara dokumenterat i patientjournalen vid in- och utskrivning.
- En vårdplan ska upprättas för patienter med nutritionell risk, inklusive de som förväntas få för lite näring under vårdtiden.
- Energibehovet hos riskpatienter ska beräknas. Patienten ska få adekvat mängd energi och näring. Energi- och näringsintaget ska följas upp, t.ex. via mat- och vätskeregistrering
- Information om patientens nutritionproblem/behandling ska vid utskrivning överföras till nästa vårdgivare.

Undernäring

För att upptäcka risk för undernäring ska nutritionbedömningen för sjukhusets patienter omfatta registrering av vikt och längd, bedömning av eventuell viktförlust och nutritionproblem. Bedömningen ska leda till en behandlingsplan för adekvat energi- och näringstillförsel. Nutritionbehandlingen ska dokumenteras i specifika journalmallar (se kapitel dokumentation). Med tanke på de korta vårdtiderna bör utskrivningsanteckningen innehålla en bedömning av behovet av fortsatt nutritionstöd så att behandlingen kan fortsätta eller följas upp på nästa vårdnivå/vårdinrättning och vid återbesök.

Kriterier för nutritionell risk (2, 4)

Risk för undernäring föreligger hos patienten om minst två av följande tre kriterier föreligger:

1. Viktminskning, t.ex. mer än 5 procent under en månad eller mer än 10 procent under sex månader. Viktminskning är alltid ett observandum.
2. Body Mass Index (BMI) <20 kg/m². Om >70 år BMI <22 kg/m². Enbart ett lågt BMI utan viktförlust och nutritionproblem behöver inte betyda risk för undernäring.
3. Nutritionproblem, t.ex.
 - Dålig aptit
 - Illamående
 - Dålig mun- och tandstatus
 - Dysfagi
 - Smak- och luktförändringar
 - Ändrad tarmfunktion, t ex diarré, förstoppning eller stomi
 - Födoämnesintolerans/-allergi
 - Medicinering som påverkar salivproduktion, aptit, energiomsättning eller tarmfunktion

Patienter med följande tillstånd (i bokstavsordning) löper extra stor nutritionell risk

- Behov av hjälp i måltidssituationen
- Brännskador
- Cancersjukdomar
- Efter större kirurgiska ingrepp
- Frakturer
- Hjärtsvikt
- Infektionssjukdomar och sepsis
- Kronisk njursvikt
- Mag-, tarm- och leversjukdomar som påverkar absorptionen av näringsämnen
- Multipel födoämnesallergi
- Multipla sjukdomar
- Neurologiska sjukdomar med rörelsehinder och dysfagi
- Psykiatriska sjukdomar
- Respiratoriska sjukdomar – KOL
- Reumatoid artrit

- Trauma

Patienter med risk för undernäring ska följas med mat- och vätskeregistrering och nutritionsövervakning. Behandlingen ska fortlöpande utvärderas och vid behov förändras.

Nutritionsmål

Patienter ska inte minska i vikt under vårdtiden. Om möjligt ska nutritionsstatus förbättras.

Nutritionsbehandling (2,3)

- **Beräkna energibehovet**

Energibehov

Basalomsättning 20 kcal/kg /kg kroppsvikt . Används även vid parenteral nutrition

Sängliggande patient 25 kcal/kg kroppsvikt

Uppgående patient 30 kcal/kg kroppsvikt

Uppbyggnadsfas 35 kcal/kg kroppsvikt

Patienternas energibehov varierar och individuella behov måste tillgodoses, se sökordet "energibehov" i Cosmic.

- **Ge rätt kost med bra måltidsfördelning** och vid behov hjälp vid måltidssituationen, t.ex. matning, guidning, tillsyn. En tilltalande måltidsmiljö ska eftersträvas, dvs. maten ska serveras på ett trevligt och aptitligt sätt. Måltiderna bör spridas över så stor del av dygnet som möjligt. Mellanmålen har stor betydelse för patientens totala näringsintag. Nattfastan ska inte överstiga 11 timmar (5)

- Frukost kl. 7–8

- Mellanmål kl. 9.30

- Lunch kl. 11–13

- Mellanmål kl. 14.30

- Middag kl. 17–18

- Kvällsmål kl. 20 – 22

- **Ge vid behov** (för mer information sök "kostinformation" på navet)

- Specialkost

- Konsistensanpassad kost

- Energi- och proteinrik kost

- Önskekost

- Kosttillägg och berikning

- Enteral nutrition www.1177.se/handboken, www.espen.org,

- Parenteral nutrition www.1177.se/handboken, www.espen.org,

- Vitamin- och mineraltillskott

- **Monitorera nutritionsvården**

- Följ vikten regelbundet, t.ex. 1-2 ggr/vecka, och/eller vid in- och utskrivning.

- Registrera mat- och vätskeintag

- Utvärdera

- Konsultera dietist vid behov

- Dokumentera i journalen

- Överrapportera till nästa vårdgivare

Övervikt och fetma

Övervikt och fetma bidrar till en mängd sjukdomstillstånd, varför det är viktigt att riskpatienter identifieras (6). Patienter som kommer i kontakt med sjukvården ska vägas och mätas, så att BMI kan räknas ut. Vikthistoria ska efterfrågas. Bukomfång eller bukhöjd ger viktig information om metabol risk och bör därför mätas (7). Uppgifterna ska journalföras.

2009-11-23

4

Definitioner

Klassificering av övervikt och fetma, WHO 1997 (7):

- Övervikt: BMI 25-29,9

- Fetma grad 1: BMI 30-34,9 (höga hälsorisker)

- Fetma grad 2: BMI 35-39,9 (höga hälsorisker)

- Fetma grad 3 BMI ≥40 (mycket höga hälsorisker)

Midjeomfång, gränsvärden WHO 1997 (7):

- Kvinnor > 80 cm och för män > 94 cm ger ökade hälsorisker.
- Kvinnor > 88 cm och för män > 102 cm ger mycket ökade hälsorisker

Nutritionsmål

Målsättningen för patienter med övervikt och fetma är att identifiera riskpatienter och erbjuda adekvat behandling. Syftet är att åstadkomma bestående viktnedgång och därmed minska risken att utveckla följsjukdomar. Om viktnedgång inte går att uppnå, är målet att motverka ytterligare viktökning. Viktnedgång med 5-10 % av ursprungsvikten är ett rimligt mål och innebär en påtaglig förbättring av riskprofilen (8).

För patienter som är överviktiga eller feta och som vårdas pga. ett katabolt tillstånd (sjukdom, trauma, operation el.) bör man inte eftersträva viktnedgång under vårdtiden då viktförlust vid katabola tillstånd innebär förlust av muskelmassa. Följ viktutvecklingen och anpassa energitillförseln därefter.

Nutritionsbehandling

För patienter med BMI >30 (och motsvarande för barn och ungdomar) bör adekvat behandling erbjudas. Sammanfattningsvis ska behandling av fetma inriktas på att påverka kostvanor och fysisk aktivitet. Kostråden ska bygga på Svenska Näringsrekommendationer (SLV 2005, (9)) och ska individanpassas. Råd och material som delas ut till patienter ska vara utarbetade av personal med nutritionskompetens och bygga på bästa möjliga evidens. Patienter med ett BMI över 25 i kombination med diabetes, hyperlipidemi, hypertoni, sömnapné eller andra viktrelaterade problem bör remitteras till dietist. Överviktsenheten vid Akademiska sjukhuset tar emot patienter med BMI >40, och BMI >35 i kombination med sjukdomar som är relaterade till övervikten. Överviktsenheten för barn och ungdomar vid Akademiska barnsjukhuset tar emot patienter med ISO BMI > 35. Se Vårdprogram "Fetma hos vuxna" samt "Övervikt och fetma hos barn och ungdomar".

Nutritionsbehandling till barn

Under barn- och ungdomsåren är individen i ständig tillväxt och utveckling.

Tillväxthastigheten varierar med åldern, och är tre gånger så hög hos barn under spädbarnsåret jämfört med barn i 10 årsåldern. Behovet av energi och näringsämnen varierar med åldern. Undernäring utvecklas snabbare hos barn än hos vuxna och påverkar längdtillväxten.

Barnets vikt- och längdkurva, se Cosmic, är ett av de värdefullaste hjälpmedlen för bedömning av barnets hälsotillstånd. Avvikelse från vikt- och längdkurvan kan bero på otillräckligt matintag, matvägran, långdragna infektioner, kronisk sjukdom och sociala problem (10).

Nutritionsmål

Optimal tillväxt hos barnet.

Bedömning av barnet näringsstatus

- Bedömning av barnets tillväxt (tillväxtkurva för längd vikt och huvudomfång)
- Anamnes inklusive kostanamnes
- Laboratedata, t.ex. serum-albumin, serum-prealbumin, Hb.

Nutritionsbehandling

- Specialkost vid behov
- Konsistensanpassad kost
- Optimera den vanliga maten, barnmatsedel
- Kosttillägg och berikning
- Enteral nutrition
- Parenteral nutrition
- Vitamin- och mineraltillskott

Barn med särskilda behov

För många barn är kostbehandlingen en del av den medicinska behandlingen.

- Underburna barn
- Barn med
 - brännskador
 - cancer

- diabetes
- frakturer
- födoämnesöverkänslighet
- infektionssjukdomar
- lever-/njursjukdomar
- mag-tarmsjukdomar
- malabsorption
- medfödda metabola sjukdomar
- medfödda/förvärvade hjärtsjukdomar
- missbildningar i mag-tarmregionen
- neurologiska sjukdomar
- reumatiska sjukdomar
- uppfödningssproblem
- ätstörningar
- övervikt/fetma (se avsnitt obesitas).

Dokumentation

Resultatet av bedömning, utredning, ordinerade åtgärder samt effekter av behandling och ätstödande åtgärder ska dokumenteras i journalen. Detta gäller både vid undervikt och övervikt för såväl ineliggande som polikliniska patienter.

Den första bedömningen av nutritionsstatus görs inom 48 timmar efter att patienten kommer till sjukhuset. Sjuksköterskan dokumenterar vid inskrivning i status under sökordet Nutrition. Där finns ett fast värde; Nutritionssvårigheter. Under Nutrition finns undersökorden; Vikt vid inskrivning, Längd, BMI vid inskrivning, Viktutveckling (sedan 1 eller 6 månader, eller stabil vikt +/-2%), Midjeomfång och Energibehov. På Viktutveckling finns fasta val, där valet "ofrivillig viktnedgång" leder till ytterligare sökord relevanta vid viktminskning. På sökordet Energibehov finns en formel för uträkning av patientens energibehov. Midjeomfång dokumenteras för patienter med BMI över 30. Vid utskrivningen finns sökord i sjuksköterskans epikris för Vikt vid inskrivning, Vikt vid utskrivning, BMI vid utskrivning samt Viktförändring i % och kg.

En individuell vårdplan skapas om 2 av följande 3 kriterier är uppfyllda; Nutritionssvårigheter, lågt eller högt BMI vid inskrivning, eller ogynnsam viktutveckling. För detta kan den generella vårdplanen "GVP Risk för malnutrition/Malnutrition" användas. Här dokumenteras ordinerade

2009-11-23

6
åtgärder, behandlingen och effekter av ätstödande insatser. När fetma grad 1, 2 och 3 identifieras skall det dokumenteras.

Uppgifter om patientens näringstillstånd finns även i läkares och dietisters journalanteckningar. Målsättning är att sökord för nutritionsbedömning, generell vårdplan (GVP) och epikris skall användas inom alla verksamheter där det är relevant.

Kvalitetsindikatorer för nutrition

Genom att definiera mätbara mål för vårdens innehåll kan nutritionsvården kvalitetssäkras. Kvalitetsindikatorerna bör täcka nutritionsvårdsprocessens olika komponenter, dvs. bedömning, behandlingsplan och uppföljning. Visionen är att målen ska uppfyllas. Delmål på vägen definieras enligt nedan. Att delmålen uppfylls kontrolleras var till vartannat år i samband med den återkommande sjukhusövergripande nutritionsundersökningen.

Mål 1: Enkel nutritionsbedömning (screening) görs på patienter i samband med inskrivning alternativt vid polikliniska besök.

Delmål: Minst 70 % av patienterna bedöms inom 48 timmar efter inskrivning.

Mål 2: En vårdplan upprättas för patienter med identifierad nutritionell risk.

Delmål: Minst 70 % av patienterna med nutritionell risk har en dokumenterad vårdplan.

Mål 3: Alla patienter ska få sina individuella näringsbehov tillgodosedda.

Delmål: Näringstillförseln täcker minst 75 % av energibehovet hos minst 70 % av

patienterna. Patienterna vägs regelbundet under vårdtiden.

Mål 4: Information om nutritionstillstånd och –behandling ska överföras till nästa vårdgivare.

Delmål: Slutanteckningen innehåller relevant nutritionsinformation hos minst 70 % av de patienter som identifierats med nutritionell risk, har BMI >30 kg/m² eller som förlorat vikt under vårdtiden.

Målsättning och åtgärdsplan för nutritionsarbetet på vårdavdelningarna

- Nutritionsutbildning av nyanställda
- Fortlöpande nutritionsutbildning av samtliga personalkategorier på vårdavdelningarna
- Nutritionsteam på kliniknivå och/eller divisionsnivå
- Nutritionsansvariga sjuksköterskor (nutritionsombud/specialuppdrag nutrition) och undersköterskor (kostombud) på varje vårdavdelning
- Dietisttjänster vid varje verksamhetsområde
- Nutritionsnätverk för intensivvårdsavdelningarna, vårdavdelningarna och öppenvården

Akademiska sjukhusets organisation för nutritionsbehandling

Resurser

- Nutritionsrådet vid Akademiska sjukhuset – består av specialistläkare och sjuksköterskor som representerar sjukhusets divisioner, dietister, representant för sjukhusapoteket samt kostchef och dietchef från sjukhusköket. Nutritionsrådet ansvarar för den övergripande nutritionspolicy vid Akademiska sjukhuset, fungerar som kunskapsforum och remissinstans i nutritionsfrågor och medverkar vid temadagar och utbildningar.
- Nutritionsteam på vissa avdelningar/kliniker – läkare, sjuksköterska, undersköterska, dietist. Målet är att få fler team inom divisions- och klinikorganisationerna.
- IVA-nätverk för nutrition – sjuksköterskor och undersköterskor från de fyra intensivvårdsavdelningarna; central-, neuro-, brännskade- och thoraxintensiven.
- Kostsektionen – enhet inom Landstingsservice som leds av kostchefen. Ansvarar för tillhandahållande av all kost inklusive specialkost som serveras på sjukhuset.
- Nutritionsansvarig sjuksköterska – samordnar avdelningens nutritionsrutiner.
- Kostombud – finns på varje vårdavdelning, och har kontakt med sjukhusköket. Nutritionsansvarig sjuksköterska och kostombud ansvarar tillsammans för att avdelningens rutiner för nutritionsbehandling är uppdaterade och fungerande.
- Dietister - är utbildade i klinisk näringslära och dietetik och är konsulter över hela sjukhuset.

Ansvarsfördelning i sjukvårdsteamet (i bokstavsordning)

- Arbetsterapeuten ansvarar för att prova ut äthjälpmiddel
- Dietisten ansvarar för kostbehandling av patienten enligt ordination av ansvarig läkare
- Kostchefen ansvarar för matsedelsplanering, näringsberäkning och tillagning
- Logopeden ansvarar för dysfagi bedömning och åtgärder efter remiss från läkare
- Läkaren ansvarar för ordination av kost och enteral/parenteral nutrition
- Sjukgymnasten ansvarar för en god ergonomi i samband med måltidssituationen t.ex. en bra sittställning.
- Sjuksköterskan är omvårdnadsansvarig vilket bland annat innefattar identifiering av nutritionsproblem och ansvar för nutritionsbehandlingens genomförande
- Undersköterskan/skötaren ska tillsammans med sjuksköterskan bedöma och följa upp nutritionsproblem samt ansvara för det praktiska omhändertagandet vad gäller nutritionen
- Vårdavdelningschefen ansvarar för att avdelningspersonalen följer de föreskrifter läkare givit och att det finns rutiner för uppföljning och journalföring av patientens näringsituation

Beställning av arbetsmaterial

Formulär för mat- och vätskeregistreringen, nutritionsövervakning eller bedömning av nutritionsstatus kan beställas i samråd med dietist. Patientinformation vid övervikt och fetma kan laddas ner via vårdprogram Fetma hos vuxna, se länkar.

Länkar

- Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg. Livsmedelsverket, www.slv.se
- Näringsproblem i vård och omsorg. Socialstyrelsens rapport 2000: tillgänglig via Socialstyrelsens webbplats, www.sos.se
- Nutritionsbehandling i sjukvård och omsorg. SWESPEN, www.swespen.se
- Nordiska näringsrekommendationer 2004, www.slv.se
- Kvalitetsnorm för nutrition med inriktning mot undernäring, se geriatrikens hemsida.
- European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, www.espen.org
- www.1177.se/handboken
- Vårdprogram Fetma hos vuxna och Övervikt och fetma hos barn och ungdomar. Sökväg via navet "Sjukvård" _ Vårdprogram.
- Kostråd vid övervikt finns på Livsmedelsverkets hemsida www.slv.se .

Referenser

1. Elia et al. Total energy expenditure in the elderly. Eur J Clin Nutr 2000;54 S3:S92-S103
2009-11-23
8
2. Näringsproblem i i vård och omsorg. Socialstyrelsens rapport 2000: tillgänglig via Socialstyrelsens webbplats, www.sos.se
3. Hinke et al. Effectiveness and cost-effectiveness of early screening and treatment of malnourished patients. Am J Clin Nutr 2005;82:1082-9
4. Nutritionsbehandling i sjukvård och omsorg. SWESPEN, www.swespen.se
5. Ess-gruppen. Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg. Uppsala: Livsmedelsverket.2003.
6. SBU (2002): Obesity: a grave epidemic investigated. In pp. Stockholm: The Swedish council on technology assessment in health care-www.sbu.se.
7. WHO (1997): Obesity: preventing and managing the global epidemic. In WHO technical Report Series, No 894. Geneva: World Health Organisation.
8. Toumiletho J, Lindström J, Eriksson J, Valle T, Hämiläinen H, Ilanne-Parrika P *et al.* Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subject with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001;344:1343-50.
9. Svenska Näringsrekommendationer, 2005. Fjärde upplagan. Uppsala: Livsmedelsverket; 2005
10. Pawellek I, Dokoupil K, Koletzko B. Prevalence of malnutrition in paediatric hospital patients. Clin Nutr 2008;27:72-6.